

Elaine Thumé^I

Luiz Augusto Facchini^{II}

Elaine Tomasi^{III}

Lúcia Azambuja Saraiva Vieira^{IV}

Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado

Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características, segundo modelos de atenção – Estratégia Saúde da Família e modelo tradicional.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na região urbana de Bagé, RS, em 2008. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Os dados foram coletados em entrevistas individuais. Foram analisadas as formas de acesso aos serviços, participação dos profissionais, satisfação e situação de saúde dos usuários após o atendimento. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada, os respectivos intervalos com 95% de confiança e p-valor (teste de Wald).

RESULTADOS: Assistência domiciliar foi estatisticamente associada à história prévia de acidente vascular cerebral, à presença de sinais de demência e à incapacidade para as atividades da vida diária. A família foi responsável por 75% das solicitações de cuidado. Nas áreas da atenção tradicional, os médicos responderam pela maior promoção de cuidados, enquanto nas áreas da Estratégia Saúde da Família destacou-se a participação da equipe de enfermagem. Aproximadamente 78% das solicitações foram atendidas em até 24 horas e 95% dos usuários avaliaram positivamente o cuidado recebido. Dois terços dos idosos referiram melhora nas condições de saúde.

CONCLUSÕES: As variáveis associadas ao recebimento de assistência domiciliar reiteram os indicadores de fragilidade destacados na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e fortalecem a importância da estratégia na promoção da equidade no cuidado dos idosos. A avaliação positiva e o impacto na situação de saúde afirmam o domicílio como ambiente terapêutico.

DESCRITORES: Idoso. Assistência Domiciliar. Programa Saúde da Família. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estudos Transversais.

^I Departamento de Medicina Social. Departamento de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. UFPel. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Departamento de Psicologia. Centro de Ciências da Vida e Saúde. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{IV} Centro de Ciências da Saúde. Universidade da Região da Campanha. Bagé, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Elaine Thumé
Departamento de Medicina Social
Av. Duque de Caxias, 250 – 3º andar – Fragata
96030-000, Pelotas, RS, Brasil
E-mail: elainethume@gmail.com

Recebido: 20/1/2010
Aprovado: 15/4/2010

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess factors associated with home health care for the elderly and its characteristics based on different care models, the Family Health Strategy and traditional primary care.

METHODS: A population-based cross-sectional study was conducted in a representative sample of 1,593 individuals aged ≥ 60 years living in the urban area of the city of Bagé, Southern Brazil, in 2008. A multistage sampling was carried out. Data was collected during individual interviews about access to services, providers' involvement, users' satisfaction and health status after care. Poisson regression model was used for estimating crude and adjusted prevalence ratios, their related 95% confidence intervals and p-values (Wald test).

RESULTS: Home health care was statistically associated with prior history of stroke, signs of dementia and disability in activities of daily living. The family was requested 75% of home care visits. Medical doctors provided most of the care in traditional primary care settings while nursing staff provided most care within the Family Health Strategy. Approximately 78% of the elderly received care within 24 hours after the request and 95% of them positively evaluated the care received. Two thirds of the elderly reported improved health status.

CONCLUSIONS: The variables associated with home health care were consistent with fragility indicators included in the Brazilian National Health Policy for the Elderly, reinforcing the role of this strategy for promoting equitable health care to elderly population. Users' satisfaction and the positive impact on their health status confirm home as a setting for providing care.

DESCRIPTORS: Aged. Home Nursing. Family Health Program. Health Services Accessibility. Primary Health Care. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família é uma tentativa de reorganizar a atenção básica,²² ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico.^{12,15} A assistência domiciliar pode reduzir custos hospitalares e humanizar as práticas de saúde.^{1,5} Doenças crônicas não-transmissíveis associadas ao envelhecimento populacional geram limitações que potencializam o desenvolvimento de incapacidades funcionais permanentes ou transitórias.⁴ Nesse contexto, a organização de estratégias de cuidado representa um desafio aos gestores e à sociedade na busca de alternativas que atendam às demandas específicas dos idosos e de suas famílias.^{3,9}

Apesar do debate teórico e de políticas específicas para os idosos, a realização de mudanças permanece em estágio incipiente.²¹ No âmbito da atenção básica, a publicação de diretrizes para o cuidado dos idosos tenta traduzir o debate teórico em práticas de saúde.⁴ Apesar de alguns estudos qualitativos explorarem a assistência

e a internação domiciliar,^{6,19} em âmbito populacional, permanecem lacunas sobre os fatores associados ao atendimento dos idosos no domicílio, as formas de acesso aos cuidados e a participação dos profissionais de saúde nesses atendimentos.

O objetivo do presente estudo foi analisar fatores associados à assistência domiciliar na população idosa e suas características, segundo modelos de atenção –Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas áreas do modelo tradicional.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, realizado de julho a novembro de 2008. A amostra foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS. Em 2006, o município possuía 122.461 habitantes, 82% residente na zona urbana.⁸ Em 2008, 15 Unidades de Saúde da Família,

⁸ Ministério da Saúde. Datasus. Cadernos dos municípios. Brasília; 2006[cited 2008 Apr 23]. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

totalizando 19 equipes, eram responsáveis por 51% da população urbana do município. Cinco unidades mantinham o modelo tradicional de atenção básica e atendiam o restante da população (49%). A implantação da ESF é recente no município e o funcionamento da primeira equipe ocorreu em 2003.

No estudo da assistência domiciliar e dos fatores associados, estipulou-se uma amostra de 1.530 indivíduos com nível de 95% de confiança. Foi estabelecido poder estatístico de 80% para detectar risco relativo mínimo de 1,5 para exposições que afetam até 4% da população. A amostra final inclui 10% para compensar eventuais perdas e recusas, 15% para fatores de confusão e efeito de delineamento de aproximadamente 1,3.

A coleta de dados incluiu a delimitação da área de abrangência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde, seguida da sua divisão em microáreas e da numeração das respectivas quadras. O ponto de início da coleta de dados foi selecionado aleatoriamente em cada quadra. Os domicílios localizados à esquerda foram considerados elegíveis. Um a cada seis domicílios foi selecionado para favorecer a dispersão da amostra na área. Todos os idosos residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo. Entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes foram consideradas perdas/recusas. Não foram admitidas substituições.

Foram utilizados questionários estruturados com questões pré-codificadas, após realização de um estudo-piloto. Em caso de incapacidade parcial, as respostas foram dadas por um familiar responsável ou pelo cuidador principal. Para aqueles com total incapacidade, não foram aplicadas questões de auto-relato.

A variável dependente “assistência domiciliar” foi definida como o conjunto de serviços realizados por profissionais da área da saúde, no domicílio, com o objetivo de oferecer suporte terapêutico ao idoso e à sua família. A questão aplicada foi: “Desde <três meses atrás> o (a) Sr(a). foi atendido, em sua casa, por algum destes profissionais: médico? (sim/não) de enfermagem? (sim/não) assistente social? (sim/não) fisioterapeuta? (sim/não)”.

As variáveis demográficas e socioeconômicas estudadas foram: sexo, idade (60 a 74 anos; 75 anos ou mais), situação conjugal (casado ou com companheiro; viúvo; solteiro ou divorciado), alfabetizado (sim; não), renda *per capita* (em salários mínimos: ≤ 1 ; > 1 e < 3 ; ≥ 3) e plano privado de saúde (sim; não). Entre os indicadores de morbidade, foram usadas as variáveis: história de queda no último ano (sim; não); diagnóstico médico de hipertensão (sim; não); diabetes (sim; não); acidente vascular cerebral (AVC) (sim; não); e câncer (sim; não). O resultado do teste Mini-mental para rastreamento de sinais de demência foi dicotomizado em: presença

ou ausência, considerando o nível de escolaridade.⁷ Para avaliar a presença de sintomas de depressão, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica e os resultados foram divididos em: presente (escore de 0 a 5) e ausente (escore ≥ 6).¹⁸ Para estabelecer incapacidade funcional foram utilizadas as Escalas de Katz et al¹⁰ e de Lawton & Brody.¹³ Os idosos que relataram precisar de ajuda para no mínimo uma das atividades foram considerados com incapacidade. Foi investigada hospitalização nos últimos quatro anos (nenhuma; uma; duas ou mais vezes); consulta médica nos últimos três meses (nenhuma; uma; duas ou mais vezes); ou se o idoso esteve acamado nos últimos 30 dias (sim; não). A autopercepção de saúde foi analisada em duas categorias (péssima, ruim e regular; boa e muito boa).

Na caracterização da assistência domiciliar, investigou-se quem foi o responsável pela solicitação (próprio idoso; familiar; amigo ou vizinho; agente comunitário de saúde), como fez para solicitar (telefonou para o serviço; familiar, amigo ou vizinho foram ao serviço; pediu para o agente comunitário de saúde), o tempo de espera para ser atendido (menos de 24 horas; 24 horas ou mais), os profissionais de saúde que prestaram o cuidado (médico; equipe de enfermagem; assistente social; fisioterapeuta), a opinião do idoso sobre a assistência recebida (ruim, regular; bom ou muito bom) e a situação de saúde após o atendimento (continuou na mesma situação; melhorou um pouco; melhorou muito; curou).

As análises foram estratificadas por área de abrangência da residência do idoso, tradicional ou ESF. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson com estimativas robustas de variância,² com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e intervalos com 95% de confiança (IC95%). A análise ajustada buscou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores, sendo mantidas no modelo todas as variáveis com $p \leq 0,20$. Valores $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. Devido ao número de perdas nas variáveis que caracterizaram a assistência domiciliar, optou-se por apresentar os dados de forma descritiva, sem recorrer a testes de hipóteses estatísticas. A análise dos dados foi realizada utilizando o programa Stata, versão 10.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Processo nº 15/08, de 2008) Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Foram identificados 1.713 idosos, dos quais 1.593 participaram do estudo. A proporção de resposta foi de 93%, com 4% de perdas e 3% de recusas.

Tabela 1. Características da população estudada de acordo com o modelo de atenção. Bagé, RS, 2008.

Variável	Tradicional		Estratégia Saúde da Família		Amostra total	
	n = 741	%	n = 852	%	n = 1.593	%
Sexo						
Masculino	260	35,1	333	39,1	593	37,2
Feminino	481	64,9	519	60,9	1.000	62,8
Idade (anos)						
60 a 74	483	65,2	613	72,0	1.096	68,8
75 ou mais	258	34,8	239	28,0	497	31,2
Sabe ler e escrever						
Não	115	15,5	264	31,0	379	23,9
Sim	626	85,5	588	69,0	1.214	76,1
Situação conjugal						
Solteiro / divorciado	109	14,7	129	15,2	238	15,0
Casado	374	50,6	442	51,9	816	51,2
Viúvo	257	34,7	281	32,9	538	33,8
Renda per capita (salários mínimos)						
≤1	355	49,2	554	66,0	909	58,2
> 1 a 3	243	33,6	250	29,8	493	31,6
> 3	124	17,2	35	4,2	159	10,2
Plano privado de saúde						
Não	404	54,7	621	73,3	1.025	64,6
Sim	335	45,3	226	26,7	561	35,4
Morbidades^a						
Hipertensão	414	55,9	467	54,8	881	55,3
Diabetes	97	13,1	144	16,9	241	15,1
Acidente vascular cerebral	70	9,5	87	10,2	157	9,9
Câncer	42	5,7	36	4,2	78	4,9
Demência	73	10,4	126	15,5	199	13,1
Depressão	91	12,9	134	16,6	225	14,9
Queda no último ano	208	28,1	238	28,0	446	28,0
Incapacidade AVD	67	9,0	102	12,0	169	10,6
Incapacidade AIVD	203	27,4	315	37,3	518	32,7
Hospitalização						
Não	525	70,9	614	72,1	1.139	71,5
Uma vez	153	20,7	134	15,7	287	18,0
Duas ou mais vezes	63	8,5	104	12,2	167	10,5
Consulta médica						
Nenhuma	332	44,8	396	46,5	728	45,7
Uma	267	36,0	256	30,1	523	32,8
Duas ou mais	142	19,2	200	23,4	342	21,5
Acamado						
Não	684	92,3	761	89,3	1.445	90,7
Sim	57	7,7	91	10,7	148	9,3
Autopercepção de saúde						
Boa, muito boa	435	61,0	471	57,0	906	58,8
Muito ruim, ruim, regular	278	39,0	356	43,0	634	41,2
Assistência domiciliar						
Não	715	96,5	767	90,2	1.482	93,2
Sim	26	3,5	83	9,8	109	6,9

AVD: atividades da vida diária. AIVD: atividades instrumentais da vida diária.

As mulheres representaram cerca de dois terços da amostra. Um terço era viúvo(a) e metade era casado(a) ou vivia com companheiro(a). Nas áreas da atenção tradicional, foi observada maior proporção de idosos com 75 anos ou mais, renda superior a três salários mínimos e plano privado de saúde. Os grupos tiveram semelhanças nas prevalências de diagnóstico médico de hipertensão (55%); AVC (10%); e história de queda no último ano (28%). Os idosos residentes nas áreas da ESF apresentaram maior taxa de diabetes; demência; depressão; incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária; história de hospitalização nos últimos quatro anos; e ter estado acamado nos últimos 30 dias. Independentemente da área, cerca de 41% dos idosos apresentaram avaliação negativa sobre sua situação de saúde. A prevalência de assistência domiciliar foi de 4% nas áreas da atenção tradicional e de 10% nas áreas da ESF (Tabela 1).

Na análise bruta, em ambas as áreas, foram estatisticamente associados à assistência domiciliar: idade; história prévia de AVC; demência; incapacidades básicas e instrumentais da vida diária; hospitalização nos últimos quatro anos; consulta médica nos últimos três meses; e ter estado acamado em algum momento nos últimos 30 dias. Nas áreas da atenção tradicional, ser viúvo, ter renda superior a três salários mínimos, ter plano de saúde privado e história de câncer aumentou a probabilidade de receber assistência domiciliar. Nas áreas da ESF, a assistência no domicílio foi maior entre os idosos que não sabiam ler e escrever ou apresentavam diagnóstico médico de hipertensão; diabetes; sinais de depressão; história de queda no último ano; e autopercepção de saúde ruim ou regular (Tabela 2).

Nas áreas da atenção tradicional, após ajuste, a renda manteve-se associada positivamente. Os idosos com renda superior a três salários mínimos apresentaram probabilidade 5,2 vezes maior de receber assistência domiciliar, comparados ao grupo que recebia até um salário mínimo. A probabilidade quadruplicou para idosos com história prévia de AVC, câncer e sinais de demência. Idosos com incapacidade funcional para atividades da vida diária tiveram probabilidade 10,4 vezes maior de receber assistência no domicílio, comparados àqueles sem incapacidade (Tabela 2).

Nas áreas da ESF, após ajuste, a probabilidade de receber assistência domiciliar aumentou em 2,2 vezes para pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. Não saber ler e escrever aumentou em 50% a probabilidade de ser atendido no domicílio. Dentre as morbidades estudadas, história prévia de AVC; presença de sinais de demência; depressão; história de queda; e presença de incapacidade funcional mantiveram associação

estatisticamente significativa, após o ajuste. A probabilidade de receber assistência domiciliar foi 3,2 vezes maior na presença de incapacidade instrumental para atividades da vida diária. Ter sido hospitalizado no mínimo uma vez nos últimos quatro anos aumentou 2,2 vezes a probabilidade de ser atendido no domicílio e 2,5 vezes se o idoso esteve acamado nos últimos 30 dias. A autopercepção de saúde perdeu associação com o desfecho após ajuste (Tabela 2).

Independentemente do modelo de atenção, os familiares foram responsáveis pela solicitação da assistência domiciliar em 75% dos casos (tradicional $n = 19/25$; ESF $n = 45/60$), seguidos da participação de vizinhos ou amigos (10%). A solicitação feita pelo próprio idoso representou 16% nas áreas tradicionais ($n = 4/25$) e 3% nas áreas da ESF ($n = 2/60$). O telefone foi o meio utilizado para solicitar atendimento em 49% dos casos ($n = 42/85$); entretanto, as proporções foram diferenciadas entre as áreas (tradicional = 76%; ESF = 38%). Nas áreas da ESF, em 23% dos casos ($n = 14/60$) a solicitação foi feita por agentes comunitários de saúde. Em ambos os modelos de atenção, o atendimento foi realizado em menos de 24 horas em 78% dos casos ($n = 60/77$).

Os médicos participaram de cerca de 40% dos atendimentos (tradicional = 10/26; ESF = 34/83). Nas áreas da ESF, em 70% dos casos houve participação da enfermagem ($n = 59/83$), enquanto nas áreas tradicionais esta proporção foi de 35% ($n = 9/26$). Os assistentes sociais estiveram presentes em 12% dos atendimentos ($n = 10/83$) nas áreas da ESF e em um dos casos nas áreas tradicionais. A proporção de atuação dos fisioterapeutas nas áreas tradicionais foi de 27% ($n = 7/26$) e de 4% ($n = 3/83$) na ESF.

O padrão de avaliação foi similar, independentemente da área dos serviços de saúde. O atendimento foi considerado “muito bom” por 53% ($n = 51/96$) e “bom” por 42% ($n = 40/96$) dos idosos. Após o atendimento, a situação de saúde não se alterou para 21% dos idosos ($n = 20/94$), 37% ($n = 35/94$) referiu uma pequena melhora, 29% ($n = 27/94$) mencionou melhora considerável. O problema foi resolvido em 13% ($n = 12/94$) dos casos.

DISCUSSÃO

Os fatores associados ao recebimento de assistência domiciliar apresentaram padrões diferentes entre as populações atendidas pelos modelos de atenção à saúde. No entanto, independentemente do modelo, os fatores expressam consonância com os indicadores elegíveis como prioritários na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa^b e na documentação da Organização Mundial da Saúde.^c Dentre os fatores em comum, estão a história

^b Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF; 2006.

^c Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF; 2005 [cited 2010 Jun 25]. Available from: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Tabela 2. Análise bruta e ajustada entre assistência domiciliar e variáveis demográficas, socioeconômicas, morbididades, capacidade funcional, utilização de serviços e autopercepção de saúde, conforme o modelo de atenção, Bagé, RS, 2008.

Variável	Tradicional (n = 741)				Estratégia Saúde da Família (n = 852)			
	%	Análise bruta RP (IC95%)	Análise ajustada RP (IC95%)	p	%	Análise bruta RP (IC95%)	Análise ajustada RP (IC95%)	p
Sexo ^a				0,714				0,203
Masculino	3,9	1	1		8,1	1	1	
Feminino	3,3	0,9 (0,40;1,88)	0,66 (0,27;1,64)	0,016	10,8	1,4 (0,86;2,06)	1,14 (0,72;1,80)	<0,001
Idade ^a (anos)								
60 a 74	2,3	1	1		6,7	1	1	
75 ou mais	5,8	2,6 (1,19;5,48)	2,04 (0,88;4,74)	0,052	17,6	2,6 (1,75;3,92)	2,20 (1,44;3,35)	0,257
Situação conjugal ^a								
Solteiro / divorciado	1,8	1	1		5,4	1	1	
Casado	2,4	1,31 (0,29;5,99)	0,99 (0,23;4,47)	0,985	8,6	1,58 (0,72;3,46)	1,66 (0,77;3,61)	0,047
Viúvo	5,8	3,18 (0,74;13,69)	2,28 (0,49;10,57)		13,5	2,49 (1,14;5,42)	1,92 (0,88;4,17)	
Sabe ler e escrever ^a								
Não	3,5	1,0 (0,35;2,82)	1,24 (0,42;3,67)		14,1	1,9 (1,25;2,82)	1,54 (1,01;2,37)	
Sim	3,5	1	1	<0,001	7,7	1	1	0,722*
Renda per capita ^a								
≤ 1 SM	1,9	1	1		10,7	1	1	
> 1 a 3 SM	2,9	1,5 (0,52;4,11)	1,51 (0,54;4,27)	0,001*	7,6	0,7 (0,44;1,17)	0,82 (0,50;1,35)	0,818
> 3 SM	9,7	4,9 (1,98;12,19)	5,18 (2,07;12,93)	0,042	8,6	0,8 (0,26;2,43)	1,27 (0,42;3,86)	
Plano privado de saúde ^a								
Não	2,2	1	1		10,0	1	1	
Sim	5,1	2,3 (1,03;5,05)	1,40 (0,59;3,29)	0,849	9,3	0,9 (0,58;1,49)	0,94 (0,57;1,55)	0,188
Hipertensão ^b								
Não	3,4	1	1		6,8	1	1	
Sim	3,6	1,1 (0,50;2,31)	1,16 (0,45;3,05)	0,128	12,2	1,9 (1,16;2,81)	1,42 (0,84;2,41)	0,283
Diabetes ^b								
Não	3,1	1	1		8,6	1	1	
Sim	6,2	2,1 (0,82;4,83)	1,64 (0,58;4,64)	0,356	15,4	1,9 (1,13;2,81)	1,31 (0,80;2,12)	

Continua

Tabela 2. continuação

Variável	Tradicional (n = 741)				Estratégia Saúde da Família (n = 852)			
	%	Análise bruta RP (IC95%)	Análise ajustada RP (IC95%)	p	%	Análise bruta RP (IC95%)	Análise ajustada RP (IC95%)	p
AVC^b				0,003				< 0,001
Não	2,7	1	1		7,5	1	1	
Sim	11,4	4,3 (1,92;9,45)	3,94 (1,57;9,88)		29,9	4,0 (2,66;6,01)	2,33 (1,41;3,85)	
Câncer^b				0,034				0,146
Não	3,2	1	1		9,5	1	1	
Sim	9,5	3,0 (1,09;8,38)	4,07 (1,41;14,48)		16,7	1,8 (0,82;3,77)	1,27 (0,53;3,06)	
Demência^b				0,035				< 0,001
Não	2,4	1	1		6,6	1	1	
Sim	6,8	2,9 (1,08;7,69)	4,49 (1,71;11,81)		22,2	3,4 (2,19;5,19)	1,69 (1,01;2,85)	
Depressão^b				0,399				< 0,001
Não	2,8	1	1		6,1	1	1	
Sim	4,4	1,6 (0,54;4,60)	0,45 (0,15;1,31)		20,1	3,3 (2,11;5,18)	2,14 (1,35;3,39)	
Queda no último ano^b				0,755				0,001
Não	3,4	1	1		7,5	1	1	
Sim	3,8	1,1 (0,50;2,58)	1,41 (0,57;3,46)		15,1	2,0 (1,33;3,02)	1,74 (1,09;2,76)	
Incapacidade AVD^c				< 0,001				< 0,001
Não	2,2	1	1		5,7	1	1	
Sim	16,4	7,4 (3,53;15,41)	1,20 (0,49;2,98)		39,2	6,8 (4,67;9,95)	2,19 (1,23;3,92)	
Incapacidade AIVD^c				< 0,001				< 0,001
Não	0,7	1	1		3,2	1	1	
Sim	10,8	14,6 (5,08;41,81)	10,35 (3,25;32,94)		20,9	6,5 (3,88;10,87)	3,20 (1,68;6,10)	
Hospitalização^d				0,002				< 0,001
Nenhuma vez	1,9	1	1		5,6	1	1	
Uma vez	6,5	3,4 (1,45;8,09)	1,77 (0,71;4,39)		19,4	3,5 (2,17;5,63)	2,23 (1,33;3,75)	
Dois ou mais vezes	9,5	5,0 (1,88;13,3)	0,84 (0,26;2,69)		22,3	4,0 (2,47;6,55)	1,65 (0,88;3,09)	

Continua

Tabela 2. continuação

Variável	Tradicional (n = 741)				Estratégia Saúde da Família (n = 852)			
	%	Análise bruta RP (IC95%)	P	Análise ajustada RP (IC95%)	%	Análise bruta RP (IC95%)	P	Análise ajustada RP (IC95%)
Consulta médica ^d			<0,001	0,079*			<0,001	0,456*
Nenhuma vez	1,8	1		1	4,8	1		1
Uma vez	3,4	1,9 (0,67;5,18)		1,60 (0,49;5,16)	14,5	3,0 (1,77;5,12)		1,16 (0,67;2,01)
Duas ou mais vezes	7,8	4,3 (1,62;11,37)		2,49 (0,89;6,96)	13,6	2,8 (1,61;4,95)		0,67 (0,32;1,43)
Acamado ^d			<0,001	0,056			<0,001	0,001
Não	2,6	1		1	6,8	1		1
Sim	14,0	5,3 (2,42;11,73)		2,44 (0,98;6,11)	34,4	5,0 (3,42;7,42)		2,49 (1,45;4,17)
Autopercepção de saúde ^d			0,713	0,962			<0,001	0,423
Boa, muito boa	2,8	1		1	5,3	1		1
Muito ruim, ruim, regular	3,2	1,2 (0,50;2,75)		1,02 (0,39;2,65)	13,6	2,6 (1,61;4,06)		1,25 (0,72;2,16)

* teste Wald de tendência linear, AVC: acidente vascular cerebral; AVID: Atividades da Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária; ^a Análise ajustada para variáveis do primeiro nível; ^b Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e nível 1; ^c Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis 1 e 2; ^d Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis 1, 2 e 3

de AVC; sinais de demência; e a incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária. Nas áreas da ESF, maior número de fatores estiveram associados: idade, escolaridade, depressão, história de queda no último ano, incapacidade para atividades básicas da vida diária, hospitalização e ter estado acamado.

A assistência prestada nas áreas da ESF revelou a capacidade de diminuir iniquidades sociais. Nessas áreas, a maior prevalência de idosos com renda *per capita* de até um salário mínimo e sem acesso a plano de saúde sugere que a ESF permitiu, em curto prazo, diminuir a desigualdade financeira no acesso aos serviços de saúde. A associação positiva com renda nas áreas da atenção tradicional também foi observada no estudo americano sobre o uso de cuidado formal e informal em idosos com incapacidade funcional.¹¹ Nas áreas da ESF essa associação não foi observada, reforçando a importância de fatores demográficos e de morbidades, com potencial para desenvolver incapacidade funcional, no recebimento da assistência no domicílio. O debate sobre o envelhecimento enfatiza o incremento da longevidade com independência. Agravos como seqüelas de AVC são marcadores de necessidade de cuidado. São passíveis de prevenção com o manejo adequado da hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, aliado à prática de atividade física. Do mesmo modo, a fisioterapia desempenha importante papel na recuperação dos movimentos e da autonomia. Nas áreas da atenção tradicional, os idosos com história de AVC apresentaram probabilidade quatro vezes maior de utilizar assistência domiciliar, comparados àqueles que não o experimentaram; nas áreas da ESF essa probabilidade foi 2,3 vezes maior. Em Bagé, a presença de sinais de demência mostrou ser um importante marcador de recebimento de assistência domiciliar, independentemente da área de residência do idoso. Considerando o acúmulo de morbidades associadas ao envelhecimento, idosos mais velhos teriam maior probabilidade de necessitar de assistência domiciliar e a demência é um importante fator no planejamento dessa assistência.¹⁴ Nas áreas da ESF, a idade (75 anos ou mais) e a presença de sinais de demência foram fatores associados à assistência domiciliar, mesmo após ajustes para fatores demográficos, socioeconômicos e de morbidade. Na Espanha, as seqüelas de AVC e as síndromes demenciais representaram, respectivamente, 43% e 27% da demanda de cuidados no primeiro ano de funcionamento de uma equipe de suporte ao cuidado domiciliar a idosos.¹⁶

Outra causa importante de imobilidade é a história de queda. É necessário que profissionais de saúde planejem iniciativas que diminuam a probabilidade de sua ocorrência. Neste estudo, a prevalência de queda foi semelhante nas duas áreas (28%); entretanto, após ajuste, permaneceu associada à assistência domiciliar apenas nas áreas da ESF. No estudo com idosos com 65 anos ou

mais residentes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, a prevalência de queda foi de 35%. Dentre os idosos que sofreram quedas, 12% teve fratura como consequência, reforçando sua importância para a saúde pública.²⁰

Do conjunto de profissionais envolvidos no cuidado, a equipe de enfermagem teve grande participação nas áreas de ESF. Em países cujo processo de envelhecimento iniciou-se há mais tempo, a Enfermagem mantém papel central na organização da atenção domiciliar.⁸ No Brasil, a organização da assistência domiciliar deve considerar a participação de uma equipe multiprofissional de cuidados, composta, em geral, por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem, além de preparar a formação desses profissionais para a nova realidade demográfica e epidemiológica, incluindo o domicílio como ambiente terapêutico.¹ A família possui papel de destaque na viabilização da assistência domiciliar. No entanto, mudanças observadas na estrutura familiar aumentam a probabilidade de que as futuras gerações necessitem de cuidados adicionais que a família não será capaz de fornecer. Isso aumentará a responsabilidade dos governos, especialmente no âmbito municipal, onde o atendimento domiciliar é disponibilizado.

O número de perdas pode ser apontado como uma limitação do estudo, que ocorreu nas respostas às variáveis sobre o responsável pela solicitação do atendimento, as formas de acesso e o tempo de espera para ser atendido.

Ainda assim, observou-se um padrão que poderá ser explorado em próximos estudos.

Os achados sugerem a operacionalização da assistência no domicílio como adequada, reforçando como prioritários os fatores descritos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O fato de a prevalência de assistência domiciliar ser maior na ESF é coerente com o perfil socioeconômico, a morbidade e a oferta de serviço nessas áreas. A estratégia possibilitou o acesso ao cuidado, reafirmando a importância desta no atendimento à população incapacitada de se deslocar aos serviços de saúde. A satisfação dos usuários com o serviço recebido destaca-se como indicador de qualidade da atenção.

O número de idosos responsáveis pelo cuidado de outros idosos tende a aumentar à medida que é observado o incremento na expectativa de vida.¹⁷ A participação da rede social de apoio e a adequação do ambiente domiciliar poderão ser objeto de próximas pesquisas. O incentivo à prática de atividade física pode melhorar o equilíbrio e a marcha, diminuindo o risco de quedas. Projetos que avaliem a infra-estrutura do município em termos de transporte urbano, trânsito, acessibilidade a prédios públicos e áreas de lazer poderão auxiliar na organização de ambientes que facilitem a circulação dos idosos com desabilidades, diminuindo sua dependência. Esse conjunto de iniciativas deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e intersetorial, na perspectiva da construção de ambientes livres de barreiras arquitetônicas e adequados às futuras gerações.

REFERÊNCIAS

1. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociencias*. 2001;9(3):111-17.
2. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
3. Carvalho JA, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300005
4. Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:79-98. DOI:10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401
5. Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
6. Feuerwerker LM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;24(3):180-9.
7. Folstein MF, Folstein ES; McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6
8. Hamilton DB. No place like home. *Rev Am Hist*. 2002;30(2):310-5. DOI:10.1353/rah.2002.0031
9. Kalache A, Kickbush I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 1997;4-5.
10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
11. Kemper P. The use of formal and informal care by the disabled elderly. *Health Serv Res*. 1992;27(4):421-51.
12. Kerber NPC, Kirchof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):485-93. DOI:10.1590/S0102-311X2008000300002
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
14. Lindsay J, Sykes E, McDowell I, Verreault R, Laurin D. More than the epidemiology of Alzheimer's disease: contributions of the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Psychiatry*. 2004;49(2):83-91.
15. Rehem TCMSB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet*. 2005;10(Suppl):231-42. DOI:10.1590/S1413-81232005000500024
16. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Aienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Aten Primaria*. 2001;28(10):652-56.
17. Rosa TEC. Redes de apoio social. In: Litvoc J, Brito FC, editors. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004. p.203-18.
18. Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. New York: Hayworth; 1986.
19. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):391-7. DOI:10.1590/S0034-89102005000300009
20. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):749-56. DOI:10.1590/S0034-89102007000500009
21. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. DOI:10.1590/S0034-89102009005000025
22. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005;15(Suppl.):225-64. DOI:10.1590/S0103-73312005000300011

Os autores declaram não haver conflito de interesses.